

被保険者が亡くなった場合

健康保険

被保険者  
家族

埋葬料(費)・附加金請求書

届出コード  
633

注意事項

543 21

※記載病死保題  
「事が亡亡除の  
印項第者者「  
欄を三にに以  
以訂者よ外保  
外正行りりで  
はし為生生理  
もたに計計葬  
れとよををを  
なきる維維行  
くはも持持つ  
記「のささた  
入⑥でれれ者  
欄あててが  
てのいい請文  
く請となる求  
だ求さい場す  
はさ者は場合  
い氏「合は場  
名「は「合れ  
印負「生か該  
し傷埋計当  
同届葬維「に  
「に持  
印を要証  
を添し明  
訂付た欄  
正し費に  
して用証  
したくの明  
箇だ領を  
所さ取受  
にい証を添  
を添付し  
してください。  
してください。

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号 ① 00	② 0000	③ 生年月日 3:大 5:昭 7:平 000000	④ 死亡年月日 000000	⑤ 死亡原因 △△△△	⑥ 請求者の氏名と印 (フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	⑦ 郵便番号 00000000	⑧ 住所コード ※	⑨ 請求者の住所 (フリガナ) 〇〇ケ 〇〇シ 〇〇チョウ 1-1 〇〇県 〇〇市 〇〇町 1-1 電話 ( 0000 - 00 - 0000 )	⑩ 第三者行為によるものです 0:いいえ 1:はい
	被扶養者が死亡したとき ⑦ 被扶養者氏名 健保 太郎	⑧ 被扶養者生年月日 〇〇年〇〇月〇〇日	⑨ 被扶養者と請求者の身分関係 妻	⑩ 被扶養者の標準報酬 千円	⑪ 埋葬した年月日 平成 000000	⑫ 埋葬に要した費用の額 ※	⑬ 老人保健法の医療を受けていたとき 市町村番号	⑭ 受給者番号	⑮ 発行機関名	⑯ 備考
	⑬ 日雇特例被保険者として支給を受けたときは、その額 (調整減額)	⑭ 調整減額 ※	⑮ 海外表示 ※ 0:国内 1:海外	⑯ 特別支給 ※	⑰ 資格喪失後家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の	⑱ 被扶養者が被保険者であった場合はその当時の被保険者証の	⑲ 保険者名、記号および番号			

請求するご家族の方の氏名・捺印・住所

被保険者の死亡と被保険者と請求者との関係が分かる次のような書類を添付してください

- (例)
- ・戸籍謄本
- ・住民票の除票と住民票の謄本

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名	死亡した者	被保険者被扶養者	死亡した年月日	平成 年 月 日
生計維持を証明する欄	氏	上記の埋葬を	平成 年 月 日	氏名	

⑰ 支払区分 ※ 1: 2:	⑱ 金融機関コード	⑲ 預金種別	⑳ 口座番号
請求するご家族の方の銀行口座			
銀行	金庫	本店支店	請求者名義の口座番号を記入してください。注意: (請求者名義以外の口座には振込できません。)

委任欄	⑳ この給付金の受領を取締役社長 土屋 嘉雄 に委任します。
	申請者氏名

年 月 日 提出

受付日付印

被扶養者が亡くなった場合

健康保険 被保険者 家 族 埋葬料(費)・附加金請求書

届出コード  
633

注意事項

543 21

一記傷・被標  
※載病死保題  
事第者者者一  
印項第者者一  
欄を三にに以  
以訂者よ外保  
外正行りりで  
はし為生生理  
もたに計計葬  
れとよををを  
なきはも持持  
記はも持持つ  
入⑥でれれ者  
し欄あててが  
てのいい請文  
く請となる求  
だ求き場すは  
さ者場合合は  
い。合は場合  
名一は合は  
印負、生か  
と傷埋計該  
同届葬維持  
に要証する  
印を要証方  
訂付した欄  
正し費用に  
したく領を  
簡さ取受  
所に証を添  
に。証を添  
押印して下  
さい。

被 保 險 者 が 入 居 す る こ ろ	被 保 險 者 証 の 記 号 ・ 番 号 ① 00	② 0000	③ 生 年 月 日 5 大 昭 和 7 平 000000	④ 被 扶 養 者 番 号 ※	⑤ 受 付 年 月 日 ※
被 保 險 者 の 請 求 者 の 氏 名 と 印 ⑥ ケンボ タロウ 健保 太郎	(フリガナ)		事業所 の 名 称 株式会社 ○○○○		
請 求 者 の 住 所 ⑦ 郵便番号 00000000	⑧ 住所コード ※		(フリガナ) ○○ケン ○○シ ○○チョウ 1-1 ○○県 ○○市 ○○町 1-1 電話 ( 0000 - 00 - 0000 )		
⑨ 死亡した年月日 平成 000000	死亡 原因 △△△△	⑩ 第三者行為によるものですか 0 いいえ 1 はい			
被 扶 養 者 が 死 亡 し た と き ⑪ 被 扶 養 者 氏 名 健保 花子	⑫ 生 年 月 日 明治 大正 昭和 平成 ○○年○○月○○日	被 保 險 者 と の 続 柄 妻			
被 保 險 者 が 死 亡 し た と き ⑬ 被 保 險 者 氏 名	⑭ 被 保 險 者 と 請 求 者 と の 身 分 関 係	⑮ 被 保 險 者 の 標 準 報 酬 月 額 円		千円	
⑯ 埋葬した年月日 平成	⑰ 埋葬に要した費用の額 ※		円		
老人保健法の医療を受けていたとき	市町村番号		受給者番号		発行機関名
⑱ 日雇特例被保険者として支給を受けたときは、その額 (調整減額)	⑲ 調整減額 コード ※	⑳ 海外表示 0:国内 1:海外	㉑ 特別支給 コード (備考)		
資格喪失後家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の 被扶養者が被保険者であった場合はその当時の被保険者証の 保険者名、記号および番号					

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名	死亡した者	被保険者被扶養者	死亡した年月日	平成 年 月 日
生計維持を証明する欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日				
<p><b>被扶養者の死亡が確認できる次のような書類を添付して下さい</b></p> <p>(例) ・亡くなった方の戸籍抄本、住民票の除票、死亡診断書、火葬許可書</p>					
埋葬を行った者であることを証明します。 職 名 氏 名					
平成 年 月 日					

支払金融機関の欄	⑰ 支 払 区 分 ※ 1 : 振 込 2 : 当 地 払	⑱ 金 融 機 関 コ ー ド ※	⑲ 預 金 種 別 1 ; 普 通 4 ; 別 段 2 : 当 座 3 : 通 知	⑳ 口 座 番 号
銀行 金庫 組合				本店 支店
注意: 請求者名義の口座番号を記入してください。 (請求者名義以外の口座には振込できません。)				

委任欄	⑳ この給付金の受領を取締役社長 土 屋 真 雄 に委任します <b>給与を通しての振込となる為、委任欄に署名・捺印します</b>
-----	---

年 月 日 提出

受付日付印

**被保険者・家族以外の方が  
請求をする場合**

健康保険 被保険者 埋葬料(費)・附加金請求書  
家 族

届出コード  
633

注意事項

543 21  
「記傷・被標  
※載病死保題  
「事が亡亡除の  
印項第者者者  
欄を三にに以  
外訂者よ外保  
正行りりで除  
はし為生生理  
もたに計計葬  
れとよををを  
なきる維維持  
くはも持持つ  
記「のささた  
入⑥でれれ者  
欄あててがの  
てのいいい請  
く請となる求  
だ求さい場す  
はさ者は場合  
い氏「合は場  
づ名「は「合  
印負「生か該  
と傷埋計該  
同届葬維じ  
に「持  
印を要証  
を添し明  
訂付た欄  
正し費に  
して用証  
したくの明  
箇だ領を  
所さ取受  
にい証を添  
を押印して  
ください。

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号 ① 00 ② 0000	③ 生 年 月 日 3:大 5:昭 7:平 0 0 0 0 0 0	④ 被 扶 養 者 番 号	⑤ 受 付 年 月 日	請求する方の氏名・捺印・住所 <b>株式会社 ○○○○</b>
	⑥ 請 求 者 の 氏 名 と 印 (フリガナ) ケンポ ハナコ <b>健保 花子</b>	事業所の名称 健保			
	⑦ 請 求 者 の 住 所	⑦ 郵便番号 00000000 (フリガナ) ○○ケ ○○シ ○○チョウ 1-1			
	⑧ 住 所 コー ド	※	○○県 ○○市 ○○町 1-1 電話 ( 0000 - 00 - 0000 )		
	⑨ 死 亡 し た 年 月 日	平 年 月 日 成 0 0 0 0 0 0	⑩ 死亡原因 △△△△	⑩ 第三者行為によるものです 0:いいえ 1:はい	
	被 扶 養 者 が 死 亡 し た と き	⑪ 被 扶 養 者 氏 名 健保 太郎	⑫ 生 年 月 日 明治 大正 昭和 平成 ○○年○○月○○日	⑬ 被 保 険 者 と の 続 柄 叔母	
	被 保 険 者 が 死 亡 し た と き	⑭ 被 保 険 者 氏 名 健保 太郎	⑮ 被 保 険 者 請 求 者 と 身 分 関 係 叔母	⑯ 被 保 険 者 の 標 準 報 酬 月 額 千円	
	老人保健法の医療を受けていたとき	市町村番号	受給者番号	発行機関名	
	⑰ 日雇特例被保険者として支給を受けたときは、その額 (調整減額)	⑱ 調整減額 コード ※	⑲ 海外表示 0:国内 1:海外	⑳ 特別支給 コード ※ (備考)	
	資格喪失後家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の		被扶養者が被保険者であった場合はその当時の被保険者証の		
	保険者名、記号および番号				

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名	死亡した者	被保険者被扶養者	死亡した年月日	平成 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地 <b>被保険者の死亡が確認できる書類と 葬儀の領収書を添付して下さい</b>				
生計維持を証明する欄	氏名	氏名	職名	平成 年 月 日	
	上記の者は死亡 埋葬を行った者であることを証明します。				

支払金融機関の欄	⑰ 支 払 区 分 ※ 1:振込 2:当地払	⑱ 金融機関コード	⑲ 預金種別	⑳ 口座番号
	<b>請求する方の銀行口座 (ゆう貯銀行以外のもの)</b>			
	金庫 組合	本店 支店	請求者名義の口座番号を記入してください。 注意:(請求者名義以外の口座には振込できません。)	

委任欄	⑳ この給付金の受領を取締役社長 高山正雄 に委任します。 申請者氏名
-----	--